

# Ketersediaan Fasilitas dan Tenaga Kesehatan Dalam Mendukung Cakupan Semesta Jaminan Kesehatan Nasional

Misnaniarti<sup>1</sup>, Budi Hidayat<sup>2</sup>, Pujiyanto<sup>2</sup>, Mardiaty Nadjib<sup>2</sup>, Hasbullah Thabrany<sup>2</sup>  
Purnawan Junadi<sup>2</sup>, Besral<sup>2</sup>, Bambang Purwoko<sup>3</sup>, Trihono<sup>4</sup>, Vivi Yulaswati<sup>5</sup>

<sup>1)</sup> Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Sriwijaya, Palembang

<sup>2)</sup> Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok

<sup>3)</sup> Program Studi Doktor Ekonomika, Universitas Pancasila, Jakarta

<sup>4)</sup> Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI, Jakarta

<sup>5)</sup> Badan Perencanaan Pembangunan Nasional (Bappenas), Jakarta

\*Korespondensi: [misnaniarti@fkm.unsri.ac.id](mailto:misnaniarti@fkm.unsri.ac.id)

## Abstrak

Ketidakmerataan ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan kondisi geografis yang sangat bervariasi, menimbulkan potensi melebarnya ketidakadilan pemanfaatan kesehatan pada masyarakat di beberapa wilayah di Indonesia. Tujuan tulisan ini adalah untuk mengetahui ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan (khususnya dokter spesialis) dalam mendukung pelaksanaan JKN. Berdasarkan hasil penelitian terbukti bahwa ketersediaan faktor suplai (FKTL, TT, dan tenaga dokter spesialis) dalam mendukung kebijakan JKN secara umum jumlahnya masih belum mencukupi serta distribusinya belum merata di setiap wilayah kab/kota. Rasio FKTP dan FKTL per penduduk cenderung lebih tinggi di wilayah luar Jawa/Bali. Rasio dokter spesialis per penduduk lebih tinggi di wilayah Jawa/Bali, sedangkan rasio TT di RS cenderung hampir sama range-nya di semua wilayah. Distribusi penyebarannya cenderung tidak merata hampir di semua wilayah. Rekomendasi bagi Pemerintah Daerah diharapkan mempunyai komitmen untuk memenuhi dari sisi suplai pelayanan kesehatan agar penduduk yang sakit dapat mengakses fasilitas kesehatan dengan mudah.

Kata kunci: fasilitas, tenaga, tempat tidur, rasio rumah sakit, suplai layanan kesehatan

## **Pendahuluan**

Awal tahun 2014 merupakan momentum awal dilaksanakannya Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. Program jaminan kesehatan dalam JKN diselenggarakan melalui mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial yang bersifat wajib (mandatory), dikembangkan dengan konsep untuk menjamin kesehatan seluruh penduduk secara universal. Cakupan universal ini dilaksanakan secara bertahap hingga dapat tercapai pada tahun 2019 (Kemenkes-RI, 2013).

Pelaksanaan JKN ini selaras dengan program pembangunan kesehatan yang terus dilaksanakan secara kontinyu. Sebagaimana disebutkan dalam rencana strategis pembangunan kesehatan periode 2015-2019 adalah Program Indonesia Sehat dengan 3 pilar utama yaitu pertama pilar paradigma sehat, dengan strategi pengarusutamaan kesehatan dalam pembangunan, penguatan promotif preventif dan pemberdayaan masyarakat; kedua penguatan pelayanan kesehatan, dengan strategi peningkatan akses pelayanan kesehatan, optimalisasi sistem rujukan dan peningkatan mutu pelayanan kesehatan, menggunakan pendekatan continuum of care dan intervensi berbasis risiko kesehatan; ketiga jaminan kesehatan nasional, dilakukan dengan strategi perluasan sasaran dan benefit serta kendali mutu dan kendali biaya (Kemenkes-RI, 2015).

Banyak argumen yang mempertanyakan apakah kebijakan JKN ini dapat meningkatkan keadilan pemanfaatan pelayanan kesehatan di Indonesia. Ketidakmerataan ketersediaan fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan dan kondisi geografis yang sangat bervariasi, menimbulkan potensi melebar ketidakeadilan kesehatan antara kelompok masyarakat. Sebagai gambaran adalah ketimpangan infrastruktur, fasilitas dan sumber daya manusia (SDM) antara Indonesia bagian barat dan timur. Di daerah kawasan timur jumlah fasilitas dan SDM kesehatan terbatas sehingga akibatnya masyarakat di wilayah tersebut tidak memiliki banyak pilihan untuk berobat. Sementara di wilayah Indonesia bagian barat dengan jumlah fasilitas dan SDM yang memadai, masyarakat dapat memanfaatkan layanan yang lebih banyak dan tidak terbatas. Tanpa adanya peningkatan ketersediaan (supply) fasilitas dan SDM

di Indonesia bagian timur, dana BPJS Kesehatan akan banyak dimanfaatkan di daerah-daerah perkotaan dan wilayah Indonesia bagian barat (Trisnantoro et al., 2014).

Tulisan ini bertujuan untuk mengetahui ketersediaan fasilitas dan tenaga kesehatan (khususnya dokter spesialis) dalam mendukung pelaksanaan JKN, yang diperlukan dalam perencanaan dan perbaikan kebijakan pelayanan kesehatan di masa mendatang.

## **Metode**

Jenis penelitian adalah observasional 34 provinsi (471 kabupaten/kota) seluruh Indonesia. Data fasilitas dan tenaga diambil pada setiap kabupaten/kota untuk ketersediaan pada tahun 2014. Pengumpulan data dilakukan pada tahun 2015 menggunakan data sekunder dari berbagai sumber. Data ketersediaan pelayanan kesehatan diambil dari data faskes (jumlah FKTP dan FKTL) yang bekerja sama dengan BPJS dalam penyelenggaraan JKN (BPJS, 2014, serta data dari Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kementerian Kesehatan RI berupa data jumlah puskesmas, jumlah rumah sakit, jumlah tenaga dokter spesialis, dan jumlah tempat tidur (TT) pada tahun 2014 (Kemenkes-RI, 2014).

Data hasil survey Potensi Desa (PODES) tahun 2014 yang dilaksanakan Badan Pusat Statistik (BPS, 2014), data pendukung lainnya dari beberapa sumber, berupa data persentase penduduk miskin (BPS, 2015), data anggaran kesehatan tahun 2014 berdasarkan Lampiran Laporan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) tahun 2014 (Kemendagri, 2014).

Analisis data secara univariat untuk mengetahui distribusi frekuensi ketersediaan fasilitas dan tenaga untuk melihat gambaran secara deskriptif pada setiap variabel yang diamati. Analisis rasio faskes dan tenaga kesehatan per penduduk yang sekarang banyak digunakan dapat mengacu pada pedoman Kemenkes dan WHO yaitu indikator rasio tenaga dokter spesialis dihitung berdasarkan jumlah tenaga dokter spesialis di setiap kabupaten/kota per 100.000 penduduk (target 9 per 100.000 penduduk) (Kemenkes-RI, 2010). Rasio faskes dihitung berdasarkan jumlah FKTP ataupun FKTL serta jumlah TT di setiap kabupaten/kota per 10.000 penduduk. Indikator ini dirujuk dari WHO sebagai

indikator yang ideal untuk monitoring dan evaluasi yang mengukur performance dan kemajuan sistem kesehatan di suatu negara (WHO, 2011).

## **Hasil**

Berdasarkan hasil penelitian diketahui rasio fasilitas kesehatan per 10.000 penduduk, dan tenaga dokter spesialis per 100.000 penduduk sebagaimana pada Tabel 1.

Berdasarkan Tabel 1 dapat dilihat distribusi rasio faskes dan tenaga kesehatan per penduduk di 5 wilayah Indonesia pada 471 kab/kota. Semua variabel berdistribusi tidak normal, sehingga lebih disarankan membaca nilai median dibandingkan mean.

### **a. Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP)**

Nilai median rasio FKTP per 10.000 penduduk sebesar 0,94/10.000 penduduk artinya 1 FKTP untuk melayani sekitar 10.638 penduduk. Nilai median wilayah di luar Jawa/Bali terlihat lebih tinggi dari rata-rata secara nasional, sedangkan wilayah Jawa/Bali terlihat lebih rendah. Ini menunjukkan wilayah di luar Jawa/Bali memiliki rasio FKTP per penduduk yang lebih tinggi daripada wilayah di Jawa/Bali. Terlihat nilai median di Kalimantan (1,19), Sulawesi (1,19), Nusa Tenggara, Maluku dan Papua (1,36) lebih tinggi daripada Sumatera (0,88) dan Jawa/Bali (0,65). Gambaran distribusi penyebaran FKTP di Indonesia pada tahun 2014 menunjukkan masih adanya ketidakmerataan penyediaan faskes tingkat pertama (Puskesmas, dokter praktek dan klinik dokter) jika dibandingkan dengan persebaran jumlah penduduk. Hal ini juga dapat dilihat dari variasi nilai rasio FKTP/penduduk dan dilihat dari nilai koefisien standar deviasi sebesar 0,56. Rasio FKTP per penduduk paling tinggi adalah 3,48 (ada di Kab. Supiori), dan paling rendah 0,24 FKTP/10.000 penduduk (artinya 1 buah FKTP untuk melayani 41.667 penduduk), terdapat di Kab. Lombok Barat (0,24/10.000 penduduk), Kab. Lombok Timur (0,30/10.000 penduduk), Kab. Cianjur (0,31/10.000 penduduk).

Jika dilihat berdasarkan rasio FKTP per luas wilayah maka wilayah di Jawa dan Bali mendominasi yang memiliki rasio FKTP tertinggi, yaitu Kota Yogyakarta (1,6/km<sup>2</sup>), Kota Surakarta (1,5/km<sup>2</sup>), Kota Jakarta Pusat (1,4/km<sup>2</sup>). Sedangkan yang

terendah ada di Kab. Malinau (0,0004/km<sup>2</sup> artinya 1 FKTP untuk melayani wilayah seluas 2.500 km<sup>2</sup>), Kab. Sarmi (0,0005/km<sup>2</sup>) dan Kab. Murung Raya (0,0007/km<sup>2</sup>).

### **b. Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL)**

Nilai median ketersediaan FKTL di wilayah area penelitian sebesar 0,07 per 10.000 penduduk (artinya 1 FKTL untuk melayani sekitar 143.000 penduduk). Rasio FKTL tertinggi ada di Kota Banda Aceh (0,59/10.000 penduduk) dengan kata lain 1 FKTL untuk melayani sekitar 16.949 penduduk. Rasio FKTL terendah ada 10 kabupaten dengan rasio FKTL 0,01/10.000 penduduk (artinya 1 FKTL untuk melayani kurang lebih sebanyak 1 juta penduduk), ada di Kab. Tasikmalaya, Kab. Pandeglang, Kab. Cianjur, Kab. Lampung Timur, Kab. Bangkalan, Kab. Sampang, Kab. Bandung Barat, Kab. Garut, Kab. Ogan Komering Ilir, Kab. Lombok Barat. Distribusi rasio FKTL pada tahun 2014 menunjukkan penyebarannya yang tidak merata. Hal ini juga dapat dilihat dari standar deviasi sebesar 0,08 dan dari variasi nilai rasio di setiap wilayah.

Wilayah di luar Jawa dan Bali terlihat memiliki rasio FKTL per penduduk yang lebih tinggi daripada wilayah di Jawa dan Bali. Terlihat nilai median di Sumatera (0,06) Kalimantan (0,06), Sulawesi (0,07), Nusa Tenggara, Maluku dan Papua (0,09) lebih tinggi daripada Jawa/Bali (0,05). Adapun jika dilihat berdasarkan rasio FKTL per luas wilayah maka wilayah di Jawa dan Bali mendominasi yang memiliki rasio FKTL tertinggi, yaitu Kota Yogyakarta (0,43/km<sup>2</sup>), Kota Jakarta Pusat (0,38/km<sup>2</sup>), dan Kota Magelang (0,31/km<sup>2</sup>). Sedangkan yang terendah ada di Kab. Murung Raya (0,00004/km<sup>2</sup>), Kab. Malinau dan Kab. Berau (0,00005/km<sup>2</sup>) artinya 1 FKTL untuk melayani wilayah seluas 20.000 km<sup>2</sup>.

### **c. Tempat Tidur (TT)**

Nilai median rasio TT per 10.000 penduduk sebesar 8,2/10.000 penduduk artinya 1 TT untuk melayani sekitar 1.200 penduduk. Nilai median wilayah di luar Jawa/Bali dan di Jawa/Bali terlihat sama. Berdasarkan hasil penelitian diketahui, distribusi TT yang ada di RS wilayah kabupaten/kota diketahui penyebarannya juga tidak merata. Hal ini dapat dilihat dari standar deviasi sebesar 13,9.

**Tabel 1. Rasio Fasilitas dan Tenaga Kesehatan Per Penduduk Berdasarkan 5 Wilayah di Indonesia Tahun 2014**

<b>Variabel</b>	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>SD</b>	<b>Min – Maks</b>
<b>Sumatera</b>				
Rasio FKTP per 10.000 penduduk	1,03	0,88	0,48	0,40 – 3,15
Rasio FKTL per 10.000 penduduk	0,09	0,06	0,09	0,01 – 0,59
Rasio TT di RS per 10.000 penduduk	12,46	7,83	12,65	0,70 – 84,57
Rasio tenaga dokter spesialis per 100.000 penduduk	10,87	4,75	19,91	0,00 – 175,52
<b>Jawa dan Bali :</b>				
Rasio FKTP per 10.000 penduduk	0,79	0,65	0,41	0,31 – 2,76
Rasio FKTL per 10.000 penduduk	0,08	0,05	0,08	0,01 – 0,40
Rasio TT di RS per 10.000 penduduk	14,57	8,16	18,35	1,96 – 152,51
Rasio tenaga dokter spesialis per 100.000 penduduk	17,62	7,89	24,09	0,00 – 138,26
<b>Kalimantan</b>				
Rasio FKTP per 10.000 penduduk	1,21	1,19	0,45	0,46 – 2,66
Rasio FKTL per 10.000 penduduk	0,09	0,06	0,08	0,02 – 0,48
Rasio TT di RS per 10.000 penduduk	12,43	8,63	11,42	2,05 – 60,50
Rasio tenaga dokter spesialis per 100.000 penduduk	10,27	3,17	19,81	0,00 – 127,54
<b>Sulawesi</b>				
Rasio FKTP per 10.000 penduduk	1,29	1,19	0,55	0,52 – 3,26
Rasio FKTL per 10.000 penduduk	0,09	0,07	0,07	0,02 – 0,30
Rasio TT di RS per 10.000 penduduk	12,38	8,32	11,94	0,98 – 55,93
Rasio tenaga dokter spesialis per 100.000 penduduk	7,84	3,84	12,83	0,00 – 64,02
<b>Nusa Tenggara, Maluku dan Papua</b>				
Rasio FKTP per 10.000 penduduk	1,43	1,36	0,72	0,24 – 3,48
Rasio FKTL per 10.000 penduduk	0,12	0,09	0,07	0,01 – 0,50
Rasio TT di RS per 10.000 penduduk	13,28	9,30	10,84	2,11 – 56,26
Rasio tenaga dokter spesialis per 100.000 penduduk	5,35	2,16	8,54	0,00 – 54,05
<b>Secara Keseluruhan :</b>				
Rasio FKTP per 10.000 penduduk	1,08	0,94	0,56	0,24 – 3,48
Rasio FKTL per 10.000 penduduk	0,09	0,07	0,08	0,01 – 0,59
Rasio TT di RS per 10.000 penduduk	13,15	8,19	13,94	0,70 – 152,51
Rasio tenaga dokter spesialis per 100.000 penduduk	11,32	4,64	19,42	0,00 – 175,52

**Tabel 2. Statistik Variabel Lainnya di Level Kabupaten/Kota Berdasarkan 5 Wilayah di Indonesia Tahun 2014**

<b>Variabel</b>	<b>Mean</b>	<b>Median</b>	<b>SD</b>	<b>Min – Maks</b>
<b>Sumatera :</b>				
Kepadatan penduduk (orang/Km <sup>2</sup> )	610	106	1334	13 – 9304
Anggaran kesehatan per kapita (000 rupiah)	412	324	325	77 – 2417
Persentase penduduk miskin (%)	12,05	11,23	5,77	2,28 – 35,74
Persentase desa yang dekat RS (%)	69,74	72,00	24,05	12,00 – 100
Persentase desa yang mudah ke RS (%)	77,49	78,80	19,04	9,30 – 100
<b>Jawa / Bali :</b>				
Kepadatan penduduk (orang/Km <sup>2</sup> )	2947	1047	4085	286 – 21279
Anggaran kesehatan per kapita (000 rupiah)	271	200	186	58 – 1062
Persentase penduduk miskin (%)	11,24	11,09	5,28	1,75 – 27,08
Persentase desa yang dekat RS (%)	90,47	97,10	13,85	34,30 – 100
Persentase desa yang mudah ke RS (%)	93,79	98,30	12,13	16,70 – 100
<b>Kalimantan :</b>				
Kepadatan penduduk (orang/Km <sup>2</sup> )	394	35	1439	2 – 8829
Anggaran kesehatan per kapita (000 rupiah)	612	485	486	174 – 2637
Persentase penduduk miskin (%)	6,98	6,37	2,62	2,84 – 14,18
Persentase desa yang dekat RS (%)	48,61	36,60	31,85	3,40 – 100
Persentase desa yang mudah ke RS (%)	59,82	60,50	26,31	13,30 – 100
<b>Sulawesi :</b>				
Kepadatan penduduk (orang/Km <sup>2</sup> )	432	142	1077	13 – 8286
Anggaran kesehatan per kapita (000 rupiah)	376	337	171	130 – 1109
Persentase penduduk miskin (%)	12,55	12,36	4,55	4,70 – 21,79
Persentase desa yang dekat RS (%)	63,47	64,45	26,34	13,20 – 100
Persentase desa yang mudah ke RS (%)	69,46	68,95	21,39	10,50 – 100
<b>Nusa Tenggara, Maluku dan Papua :</b>				
Kepadatan penduduk (orang/Km <sup>2</sup> )	497	64	2123	2 – 16576
Anggaran kesehatan per kapita (000 rupiah)	500	358	396	126 – 1979
Persentase penduduk miskin (%)	20,99	20,08	9,49	3,24 – 41,81
Persentase desa yang dekat RS (%)	49,25	47,45	27,92	2,70 – 100
Persentase desa yang mudah ke RS (%)	47,23	42,05	25,85	3,40 – 100
<b>Secara Keseluruhan :</b>				
Kepadatan penduduk (orang/Km <sup>2</sup> )	1166	175	2690	2 – 21279
Anggaran kesehatan per kapita (000 rupiah)	405	311	329	58 – 2637
Persentase penduduk miskin (%)	12,66	11,28	7,05	1,75 – 41,81
Persentase desa yang dekat RS (%)	68,86	73,60	28,30	2,70 – 100
Persentase desa yang mudah ke RS (%)	74,11	80,10	25,31	3,40 – 100

Terlihat nilai median rasio TT di wilayah Nusa Tenggara, Maluku dan Papua (9,30) paling tinggi dibanding wilayah lain yaitu Sumatera (7,83), Jawa/Bali (8,16), Kalimantan (8,63), dan Sulawesi (8,32). Diketahui bahwa rasio jumlah TT tertinggi untuk wilayah kab/kota ada di Kota Magelang yaitu 152/10.000 penduduk (artinya 1 TT untuk 66 orang penduduk), terendah dengan rasio 0,70/10.000 penduduk (artinya 1 TT untuk melayani 14.285 orang penduduk) yaitu di wilayah Kab. Labuhanbatu Utara.

Rasio TT per luas wilayah di Jawa dan Bali mendominasi rasio TT tertinggi yaitu Kota Jakarta Pusat (119/km<sup>2</sup>), Kota Magelang (119/km<sup>2</sup>), dan Kota Yogyakarta (72/km<sup>2</sup>), yang terendah di Kab. Murung Raya, Kab. Maluku Barat Daya dan Kab. Teluk Bintuni (0,003/km<sup>2</sup>) artinya 1 TT untuk melayani wilayah seluas 333 km<sup>2</sup>.

#### **d. Tenaga Dokter Spesialis**

Data jumlah dokter spesialis dalam penelitian ini menggunakan data dari Kemenkes. Nilai median rasio dokter spesialis per penduduk sebesar 4,6/100.000 penduduk artinya 1 dokter untuk melayani sekitar 22.000 penduduk. Nilai median wilayah di Jawa/Bali terlihat lebih tinggi dari angka secara nasional, sedangkan wilayah luar Jawa/Bali terlihat lebih rendah yang menunjukkan tenaga dokter spesialis yang masih sedikit. Diketahui nilai median rasio dokter spesialis di Jawa/Bali (7,89) paling tinggi dibanding wilayah lain yaitu Sumatera (4,75), Kalimantan (3,17), dan Sulawesi (3,84). Nusa Tenggara, Maluku dan Papua (2,16).

Diketahui rasio dokter spesialis/penduduk yang tertinggi ada di wilayah Kota Banda Aceh (175/100.000 penduduk) jadi 1 dokter untuk melayani sekitar 571 penduduk. Rasio terendah ada di 27 kabupaten yang memiliki rasio dokter spesialis 0,00/100.000 penduduk, yang tersebar di beberapa wilayah propinsi di Indonesia.

Distribusi penyebaran tenaga dokter spesialis (selain Dokter Spesialis Obgyn, Dokter Spesialis Anak) menunjukkan belum adanya pemerataan tenaga. Hal ini juga diketahui dari standar deviasi sebesar 19,4 yang berarti rasio tenaga dokter spesialis cukup bervariasi di setiap wilayah. Jika dilihat berdasarkan rasio dokter spesialis per luas wilayah maka wilayah di Jawa dan Bali mendominasi yang

memiliki rasio dokter spesialis tertinggi, yaitu Kota Jakarta Pusat (30 dokter/km<sup>2</sup>), Kota Yogyakarta (14 dokter/km<sup>2</sup>), dan Kota Surakarta (10 dokter/km<sup>2</sup>).

Pada Tabel 2 dapat dilihat gambaran variabel lainnya, terdiri dari: kepadatan penduduk, anggaran urusan kesehatan per kapita, persentase penduduk miskin, persentase desa yang dekat ke RS, dan persentase desa yang mudah mencapai RS.

#### **e. Kepadatan penduduk**

Kepadatan penduduk di tingkat kabupaten/kota berdistribusi tidak normal, dilihat dari standar deviasi sebesar 2.690 orang, serta variasi rentang nilai yang cukup besar berkisar antara 2 sampai 21.279 orang/km<sup>2</sup>. Kabupaten/kota yang memiliki kepadatan penduduk tertinggi ada di Kota Jakarta Pusat (21.279 orang/km<sup>2</sup>), sedangkan yang terendah ada di Kab. Sarmi (Papua) dan Kab. Malinau (Kalimantan Utara) yang mempunyai kepadatan penduduk sebesar 2 orang/km<sup>2</sup>.

Wilayah Jawa/Bali terlihat memiliki kepadatan penduduk di atas angka nasional (175 orang/Km<sup>2</sup>). Wilayah yang paling rendah kepadatan penduduknya adalah Kalimantan (35 orang/Km<sup>2</sup>)

#### **f. Anggaran Kesehatan per Kapita (sumber APBD)**

Berdasarkan telaah data penelitian diketahui bahwa nilai median anggaran kesehatan per kapita (sumber APBD) adalah sebesar Rp311.000/kapita/tahun, berkisar antara Rp58.000/kapita sampai Rp2.637.000/kapita (termasuk gaji pegawai). Diketahui besar anggaran per kapita tidak merata antar kab/kota dinilai dari SD sebesar Rp329.000. Wilayah di luar pulau Jawa/Bali cenderung memiliki anggaran kesehatan per kapita yang lebih besar (Rp357.00/kapita) daripada wilayah di Jawa/Bali (Rp197.000/kapita). Umumnya daerah yang memiliki banyak kekayaan alam akan menganggarkan biaya kesehatan yang lebih tinggi. Wilayah kab/kota di luar Jawa/Bali yang memiliki anggaran kesehatan paling rendah adalah Kab. Lampung Tengah (Rp77.000/kapita), paling tinggi terdapat di Kab. Malinau (Rp2.637.000/kapita).

Sedangkan di wilayah Jawa/Bali yang memiliki anggaran kesehatan per kapita terendah ada di Kab. Pasuruan (Rp58.000/kapita), paling tinggi ada di Kota Magelang (Rp1.062.000/kapita).



Adapun pada kelompok wilayah diketahui wilayah Kalimantan memiliki anggaran per kapita paling tinggi yaitu Rp485.000/kapita, terendah di wilayah Jawa/Bali Rp.200.000/kapita juga berada di bawah angka secara nasional.

Berdasarkan persentase anggaran urusan kesehatan terhadap total anggaran semua urusan (sumber APBD) berkisar antara 3,78% sampai 27%. Hampir separuh dari daerah kabupaten/kota yang diteliti memiliki persentase anggaran urusan kesehatan di atas 10%. Persentase tertinggi ada di Kota Sukabumi, sekitar 27% dari APBD, terendah ada di Kab. Teluk Bintuni (3,78% dari APBD).

#### **g. Persentase Penduduk Miskin**

Hasil penelitian diketahui bahwa nilai median persentase penduduk miskin sebesar 11,28% dengan penyebarannya kabupaten/kota tidak merata, dilihat dari standar deviasi sebesar 7,1 serta dari rentang nilai yang berkisar antara 1,7% sampai 41,8%. Wilayah di Jawa/Bali dan di luar Jawa/Bali terlihat memiliki persentase penduduk miskin yang relatif sama. Persentase penduduk miskin terendah di Jawa/Bali adalah Kota Tangerang Selatan (1,7%), tertinggi ada di Kab. Bangkalan (23,2%). Sedangkan di luar Jawa/Bali, wilayah yang memiliki persentase penduduk miskin terendah ada di Kota Sawahlunto (2,3%), tertinggi di Kab. Jayawijaya (41,8%).

Secara umum, wilayah Kalimantan memiliki persentase penduduk miskin paling sedikit (6,37%). Persentase paling tinggi ada di wilayah Nusa Tenggara, Maluku dan Papua (20,08%), hal ini menunjukkan masih banyak penduduk miskin di wilayah tersebut. Beberapa wilayah lainnya memiliki persentase penduduk miskin hampir sama dengan angka secara nasional.

Informasi persentase penduduk miskin ini diambil dari olahan data Susenas Modul Konsumsi gabungan triwulan I sampai III tahun 2014 yang dilakukan oleh BPS. Pendekatan yang dilakukan untuk mengukur kemiskinan menggunakan konsep kemampuan memenuhi kebutuhan dasar (basic needs approach). Melalui pendekatan ini, kemiskinan dipandang sebagai ketidakmampuan dari sisi ekonomi untuk memenuhi kebutuhan dasar makanan dan bukan makanan yang diukur dari sisi pengeluaran. Penduduk yang memiliki rata-rata pengeluaran perkapita/bulan di bawah Garis

Kemiskinan (GK) dikategorikan sebagai penduduk miskin (BPS, 2015).

#### **h. Persentase jumlah desa yang dekat ke RS**

Informasi jumlah desa yang dekat RS ini diambil dari data PODES 2014 berdasarkan informasi dari kepala desa. Wilayah yang memiliki persentase jumlah desa yang dekat ke RS paling banyak ada di wilayah perkotaan. Terdapat 102 kabupaten/ kota yang memiliki kelurahan/desa 100% jaraknya dekat ke RS (jarak < 33 Km ke RS terdekat, untuk wilayah di Bali < 19 Km, untuk wilayah di DI Yogyakarta < 17 Km). Distribusi wilayah yang dekat RS juga dengan penyebaran yang tidak merata diketahui dari nilai standar deviasi sebesar 28,3%.

Nilai median persentase jumlah desa yang dekat RS sebesar 73,6% (berkisar antara 2,7% – 100%). Wilayah Kalimantan (36%) terlihat memiliki persentase jumlah desa yang dekat RS yang paling rendah daripada wilayah lain. Begitu juga di Nusa Tenggara, Maluku dan Papua (47%). Beda seperti di Jawa/Bali sekitar 97% wilayah desa/kelurahannya dekat ke rumah sakit, sedangkan di Sumatera sekitar 72%. Persentase yang terendah ada di Kab. Sarmi (2,7%) dan Kab. Bangli (34,7%) artinya banyak desa di wilayah ini memiliki jarak yang tidak dekat untuk mencapai RS (jarak > 33 Km ke RS terdekat) berdasarkan informasi dari kepala desa.

#### **i. Persentase jumlah desa yang mudah mencapai RS**

Informasi jumlah desa yang mudah mencapai RS ini diambil dari data PODES 2014 berdasarkan persepsi kepala desa dengan melihat kemudahan akses mencapai RS dengan memperhitungkan sarana transportasi yang digunakan. Berdasarkan analisis data penelitian diketahui bahwa wilayah kabupaten/ kota yang memiliki persentase desa yang mudah mencapai RS terdekat ini memiliki penyebaran yang tidak merata. Ini dilihat dari standar deviasi sebesar 25,3 dan variasi nilai dari 3,4% sampai 100%. Terdapat 77 wilayah kabupaten/kota (16,3%) yang memiliki desa atau kelurahannya 100% mudah mencapai RS terdekat menurut persepsi Kepala Desa.

Nilai median persentase jumlah desa yang mudah mencapai RS sebesar 80,1%. Wilayah luar Jawa/Bali terlihat memiliki persentase yang lebih

rendah (69,8%) daripada wilayah di Jawa/Bali (98,3%). Persentase yang terendah ada di Kab. Maluku Barat Daya hanya sekitar 3,4% desanya mudah mencapai RS. Dengan kata lain, banyak desa di wilayah ini mengalami kesulitan untuk mencapai RS terdekat, baik dengan transportasi darat maupun sungai/laut dan udara.

### **Pembahasan**

Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) yang dimaksud dalam penelitian ini adalah faskes tempat peserta terdaftar pertama kali yang ditetapkan oleh BPJS kesehatan, baik faskes publik maupun swasta terdiri dari Puskesmas, klinik, praktek dokter, dokter gigi dan rumah sakit tipe D pratama. Peserta akan memperoleh pelayanan kesehatan pada FKTP tempat peserta terdaftar, kecuali berada di luar wilayah faskes tersebut atau dalam keadaan kegawatdaruratan medis. Pemerintah dan Pemda bertanggung jawab atas ketersediaan faskes untuk pelaksanaan JKN, serta memberikan kesempatan kepada swasta untuk berpartisipasi dalam memenuhi ketersediaan faskes ini.

Secara keseluruhan terdapat 17.285 buah FKTP milik pemerintah dan swasta yang bekerja sama dengan BPJS pada tahun 2014 dalam melayani peserta. Jika dibandingkan dengan seluruh peserta pada Desember 2014 sekitar 133 juta orang maka rasio FKTP sebesar 1,29/10.000 peserta (artinya 1 FKTP untuk melayani sekitar 7.751 peserta). Jumlah ini dinilai oleh BPJS masih belum mencukupi, idealnya diperlukan FKTP sekitar 22.768 buah untuk menyelenggarakan pelayanan tingkat pertama yang optimal untuk melayani peserta tersebut. Berdasarkan data tahun 2014, sekitar 56,5% FKTP adalah puskesmas, dan 35,8% merupakan dokter praktik perorangan dan klinik swasta. Menurut BPJS kesehatan, rasio dokter praktik per peserta sebesar 1 : 1.733 peserta, padahal yang ideal adalah 1 : 5.000 peserta (Idris, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian ini diketahui gambaran distribusi FKTP di Indonesia pada tahun 2014 menunjukkan masih adanya ketidakmerataan penyediaan faskes tingkat pertama (Puskesmas, dokter praktek dan klinik dokter) jika dibandingkan dengan persebaran jumlah penduduk. Hal ini diketahui dari nilai median rasio FKTP sebesar 0,94/10.000 penduduk (1 FKTP untuk melayani

10.638 orang penduduk). Jumlah ini bisa dikatakan sudah mencukupi, dimana idealnya 1 Puskesmas untuk melayani 30.000 penduduk (Kemenkes-RI, 2015), dan 1 dokter melayani 5.000 peserta (Idris, 2014). Tetapi masih ada wilayah kabupaten yang memiliki rasio 0,24 FKTP/10.000 penduduk (1 buah FKTP untuk melayani 41.667 penduduk), seperti di Kab. Lombok Barat. Hal ini karena banyaknya jumlah penduduk di wilayah tersebut. Informasi dari data BPJS dan Kemenkes tahun 2014, di wilayah tersebut memiliki FKTP sebanyak 17 buah dengan jumlah penduduk 708.236 jiwa. Sedangkan jika dihitung rasio berdasarkan luas wilayah, maka Kab. Malinau memiliki rasio FKTP per luas wilayah yang paling rendah, tertinggi di Kota Yogyakarta, dan Jakarta Pusat mempunyai rasio FKTP per wilayah sebesar 1,6 buah per Km<sup>2</sup>.

Data ini selaras dengan data Kemenkes, tahun 2009 sampai dengan tahun 2013 telah terjadi peningkatan jumlah Puskesmas, dengan laju pertambahan setiap tahun sekitar 3% sampai 3,5%. Puskesmas yang pada tahun 2009 berjumlah 8.737 buah (3,74 per 100.000 penduduk), pada tahun 2013 telah menjadi 9.655 buah (3,89 per 100.000 penduduk) (Kemenkes-RI, 2015).

Sedangkan FKTL, berdasarkan data BPJS tahun 2014 terdapat sekitar 1.715 faskes yang bekerja sama dengan BPJS dalam memberikan pelayanan tingkat lanjutan, terdiri dari 55 buah RS kelas A (3,2%), 295 buah RS kelas B (17,2%), 746 buah RS kelas C (43,5%), dan 619 buah RS kelas D (36,1%). Mayoritas FKTL tersebut berada di wilayah Jawa dan Bali (51,4%), terutama RS tipe A sekitar 67,3% di pulau Jawa/Bali. Perlu menjadi catatan penting bahwa klasifikasi kelas RS ini diputuskan berdasarkan pembayaran BPJS ke faskes, sebab berdasarkan hasil Risfaskes 2011 banyak RS yang belum memiliki kesesuaian antara standar yang ditetapkan di dalam masing-masing kelas dengan kondisi yang dimiliki, baik dalam ketenagaan, dan peralatan yang dibutuhkan setiap pelayanan RS.

Ketersediaan fasilitas RS di setiap wilayah di Indonesia, berdasarkan data Kemenkes (2014) dan penelusuran di website diketahui belum semua kabupaten memiliki rumah sakit terutama kabupaten yang baru terbentuk. Beberapa kabupaten sedang membangun fasilitas rumah sakit pada tahun 2014 seperti di wilayah Kab. Kayong Utara, Kab.



Mahakam Ulu, Kab. Mesuji, Kab. Pesisir Barat, Kab. Pangandaran. Secara keseluruhan menurut data Kemenkes tahun 2014, diketahui terdapat 2.406 buah RS di Indonesia, terdiri dari 60 buah RS klas A (2,5%), 308 buah RS klas B (12,8%), 803 buah RS klas C (33,4%), 537 buah RS klas D (22,3%) dan 698 buah RS (29%) yang belum ditetapkan kelasnya. Berdasarkan kepemilikannya, RS yang paling banyak adalah RS swasta (privat) sebanyak 740 buah (30,8%), dan RS swasta non profit sebanyak 736 buah (30,6%), sedangkan RS milik Pemkab sebanyak 463 buah (19,2%).

Distribusi FKTL atau RS yang bekerjasama dengan BPJS berdasarkan hasil penelitian diketahui belum berdistribusi secara merata, diketahui dari SD sebesar 0,08 pada rasio FKTL per penduduk yang berkisar antara 0,01 – 0,59. Bahkan masih adanya kabupaten yang belum memiliki fasilitas RS pada tahun 2014 sehingga dikeluarkan dari area penelitian ini. Idealnya di suatu kab/kota memiliki minimal 1 rumah sakit untuk mengakomodir kebutuhan masyarakat ketika membutuhkan pelayanan di RS. Klasifikasi RS juga perlu mendapat perhatian karena masih ada wilayah yang hanya memiliki RS kelas D. Menurut pedoman Standar Pelayanan Minimal (SPM) rumah sakit (Kepmenkes No.228 tahun 2002), di suatu kabupaten/kota minimal memiliki rumah sakit kelas C.

Distribusi FKTL ini juga masih bermasalah, mayoritas RS tersebut berada di wilayah Jawa dan Bali (51,4%), terutama RS tipe A sekitar 67,3% ada di pulau Jawa/Bali. Pemerintah perlu mengimplementasikan dalam jangka waktu pendek untuk pembangunan RS tipe A di wilayah-wilayah yang jauh dari pulau Jawa dan sulit diakses, sehingga pemanfaatan pelayanan kesehatan di RS kelas A tidak hanya terpusat di pulau Jawa dan Bali.

Begitu juga pada fasilitas TT, berdasarkan data BPJS tahun 2014 (Idris, 2014), secara total terdapat 141.708 buah TT pada rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS. Jika dihitung kebutuhan berdasarkan rasio ideal 1 TT untuk 1.000 penduduk, maka dengan jumlah peserta sebanyak 133 juta orang pada tahun 2014 diperlukan TT sebanyak 133.000 buah, sehingga jumlah TT tadi sudah melebihi jumlah yang ideal. Tetapi jika dilihat dari nilai median rasio TT per penduduk pada penelitian ini sebesar 8,19/10.000 penduduk, artinya 1 TT

untuk melayani 1.222 penduduk. Angka ini belum mencapai angka ideal rasio TT per penduduk yaitu 1 : 1.000 menurut BPJS.

Rasio TT per penduduk berdasarkan data daerah yang diikutsertakan dalam penelitian diketahui secara umum jumlahnya sudah mencukupi tetapi distribusi tidak merata. Ini dapat dihitung dari nilai median rasio TT per penduduk sebesar 8,18/10.000 penduduk, artinya 1 TT untuk melayani 1.222 penduduk. Menurut pedoman SPM rumah sakit, idealnya 1 TT untuk 1.500 penduduk sehingga rasio TT yang ada tadi terlihat sudah mencukupi. Tetapi angka ini tidak melihat distribusi rasio TT per kelas rawat dibandingkan jumlah peserta yang ada di setiap kelompok yang sesuai.

Manfaat jaminan kesehatan yang diberikan dalam Jaminan Kesehatan Nasional bersifat pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif yang dilakukan dengan melalui pelayanan tingkat pertama dan pelayanan tingkat lanjutan. Pelayanan tingkat pertama adalah pelayanan perorangan yang bersifat non-spesialis (tingkat pertama) meliputi pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Konsep pelayanannya dikembangkan dengan konsep *gatekeeper* yaitu konsep sistem pelayanan dengan fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) yang berperan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dasar berfungsi optimal sesuai dengan standar kompetensinya.

Sedangkan fasilitas kesehatan tingkat lanjutan (FKTL) adalah upaya pelayanan perseorangan yang bersifat spesialis atau subspecialistik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan dan rawat inap tingkat lanjutan (BPJS, 2013). Oleh karena itu, FKTP mempunyai peran yang cukup penting dalam tahapan pemanfaatan layanan kesehatan oleh peserta, dan jika FKTP tidak berfungsi optimal maka kualitas layanan di FKTL juga tidak akan berlangsung dengan optimal. Hal ini karena fungsi penapisan yang harusnya dilakukan oleh FKTP dalam konsep rujukan tidak berjalan dengan seharusnya, dan akhirnya akan menambah beban rumah sakit.

Hal penting terkait fasilitas kesehatan ini adalah isu tentang keberadaan fasilitas kesehatan itu sendiri. Menurut teori utilisasi pelayanan kesehatan akan berlangsung optimal jika di lingkungan wilayah tersebut tersedia fasilitas kesehatan yang dapat diakses oleh masyarakat dengan mudah

dan terjangkau. Konsep faskes yang terjangkau bisa dilihat dari sisi biaya, dalam hal ini Jaminan Kesehatan Nasional sudah menyediakan biaya berobat bagi peserta yang sedang membutuhkan pelayanan kesehatan. Tetapi tentunya biaya yang sudah disediakan tersebut akan tidak bermanfaat jika fasilitas yang akan dituju tidak tersedia.

Dalam proses pemenuhan hak kesehatan, negara harus menjamin bahwa fasilitas, barang dan layanan kesehatan dan kesehatan publik tersedia dan mencukupi dan hal kuantitas. Ketersediaan yang dimaksud adalah adanya tenaga kesehatan profesional dalam jumlah yang memadai (rasio per populasi yang adekuat), jumlah fasilitas kesehatan yang cukup dan berfungsi baik, ketersediaan obat-obatan esensial, dan intervensi kesehatan yang adekuat (Fuady, 2014). Pemerintah dan Pemda perlu memperhatikan secara khusus tentang jumlah dan kebutuhan tenaga dan fasilitas kesehatan ini terutama ketika isu jaminan kesehatan universal (*Universal Health Coverage*) didengungkan.

Berdasarkan Perpres nomor 12 tahun 2013 disebutkan bahwa Pemerintah dan Pemerintah Daerah bertanggung jawab atas ketersediaan faskes dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan untuk pelaksanaan program jaminan kesehatan, serta dapat memberikan kesempatan kepada swasta untuk berperan serta memenuhi ketersediaan faskes dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan. Walaupun pada kenyataannya upaya menjamin ketersediaan tenaga dan fasilitas kesehatan beragam antar daerah yang mencerminkan kesiapan daerah tersebut dalam menyediakan sumber daya yang adekuat.

Banyak studi yang membuktikan bahwa alokasi sumber daya yang ideal dalam pelayanan kesehatan dapat menjamin banyak penduduk untuk akses secara merata ke pelayanan kesehatan ketika diperlukan (Kreng & Yang, 2011). Penelitian Chomi et al (2014) diketahui bahwa individu bersedia menempuh perjalanan jauh untuk mencari perawatan di RS publik daripada ke PHC. Hal ini bisa saja dipengaruhi oleh aspek lain, seperti kondisi akut atau kronisnya penyakit yang diderita, sehingga individu lebih memilih berobat ke RS dibanding PHC.

Ketersediaan sarana pelayanan kesehatan merupakan faktor yang memungkinkan individu memanfaatkan layanan kesehatan (Dahl, Johnsen, Sætre, & Steinsbekk, 2015; Kehusmaa et al., 2012).

Perbedaan geografis, aksesibilitas sumber daya dan equity sarana pelayanan kesehatan bukan hanya terjadi di Indonesia, tetapi juga di Taiwan dan German, adanya kecenderungan tenaga dokter terkonsentrasi di daerah urban. Penduduk yang tinggal di remote area mengalami kekurangan sarana medis karena hambatan geografis, lalu lintas dan status sosial ekonomi (Kreng & Yang, 2011). Oleh karena itu, faktor ketidakmerataan antara suplai pada pelayanan kesehatan perlu menjadi perhatian yang penting.

### **Kesimpulan**

Ketersediaan faktor suplai (FKTL, TT, dan tenaga dokter spesialis) dalam mendukung kebijakan JKN secara umum jumlahnya masih belum mencukupi serta distribusinya belum merata di setiap wilayah kab/kota. Rasio FKTP dan FKTL per penduduk cenderung lebih tinggi di wilayah luar Jawa/Bali. Rasio dokter spesialis per penduduk lebih tinggi di wilayah Jawa/Bali, sedangkan rasio TT di RS cenderung hampir sama range-nya di semua wilayah. Distribusi penyebarannya cenderung tidak merata hampir di semua wilayah.

Perlu menjadi perhatian bahwa perhitungan rasio fasilitas kesehatan dan tenaga kesehatan yang dilakukan dengan denominator jumlah penduduk menghasilkan rasio FKTP, FKTL, TT dan dokter spesialis yang dinilai terlihat tidak adil bagi seluruh wilayah. Menggunakan rasio ini mungkin terlihat bagus di suatu wilayah tapi kenyataannya masih susah dijangkau. Seperti di daerah Papua, terlihat rasio faskes lebih bagus (lebih tinggi) dibanding daerah Jawa karena penduduk di wilayah Papua jauh lebih sedikit, sedangkan di wilayah Jawa/ Bali cenderung mempunyai rasio FKTP dan FKTL yang lebih rendah padahal banyak tersedia faskes di wilayah tersebut. Oleh karena itu perlu dikembangkan suatu indeks untuk mengukur ketersediaan faskes dan tenaga kesehatan, misalnya dengan melihat rasio faskes per penduduk dan luas wilayah.

### **Saran**

Pemerintah Daerah diharapkan mempunyai komitmen untuk memenuhi suplai pelayanan kesehatan agar penduduk dapat mengakses fasilitas kesehatan dengan mudah, merencanakan pembangunan fasilitas rumah sakit di wilayah

kabupaten/kota yang belum memiliki fasilitas. Pemda di wilayah luar Jawa/Bali memprioritaskan peningkatan kelas RS (faskes) yang sudah tersedia dan meningkatkan kelengkapan peralatan di RS.

Rendahnya rasio faskes tingkat lanjutan diatasi dengan memprioritaskan peningkatan jumlah sarana pada fasilitas kesehatan yang sudah tersedia, terutama faskes tingkat lanjutan di wilayah di luar Pulau Jawa/Bali.

### **Ucapan Terima Kasih**

Artikel ini merupakan bagian dari penelitian judul pengaruh faktor suplai terhadap utilisasi rawat inap oleh peserta Jaminan Kesehatan Nasional kelompok lanjut usia tahun 2014 (Misnaniarti, 2016). Penulis mengucapkan terima kasih kepada Universitas Sriwijaya, dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan kantor pusat yang telah mendukung terselenggaranya penelitian tersebut.

### **Daftar Rujukan**

1. BPJS. (2013). Buku Saku FAQ (Frequently Asked Question) BPJS Kesehatan
2. BPS. (2014). Survey Potensi Desa (PODES) Indonesia 2014. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
3. BPS. (2015). Data dan Informasi Kemiskinan Kabupaten/Kota tahun 2014. Jakarta: Badan Pusat Statistik.
4. Dahl, U., Johnsen, R., Sætre, R., & Steinsbekk, A. (2015). The influence of an intermediate care hospital on health care utilization among elderly patients - a retrospective comparative cohort study. *BMC Health Services Research*, 15. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-015-0708-4>
5. Fuady, A. (2014). Jaminan Kesehatan Universal dan Pemenuhan Hak Kesehatan. Jakarta: BP Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
6. Idris, F. (2014). Evaluasi Pelaksanaan JKN. Paper presented at the Seminar Nasional Kongres ARSSI ke-5 dan Healthcare Expo ke-1 pada 1 September 2014, Jakarta.
7. Kehusmaa, S., Autti-Rämö, I., Helenius, H., Hinkka, K., Valaste, M., & Rissanen, P. (2012). Factors associated with the utilization and costs of health and social services in frail elderly patients. *BMC Health Services Research*, 12, 204. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-12-204>
8. Kemendagri. (2014). Lampiran Laporan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) tahun 2014 (Rekapitulasi anggaran kesehatan kabupaten/kota). Jakarta: Kementerian Dalam Negeri.
9. Kemenkes-RI. (2010). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
10. Kemenkes-RI. (2013). Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
11. Kemenkes-RI. (2014). Data online rumah sakit dan Rekapitulasi SDM kesehatan yang didayagunakan di rumah sakit tahun 2014. Jakarta: Pusat Data dan Informasi (Pusdatin) Kementerian Kesehatan RI.
12. Kemenkes-RI. (2015). Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
13. Kreng, V. B., & Yang, C.-T. (2011). The equality of resource allocation in health care under the National Health Insurance System in Taiwan. *Health Policy*, 100(2-3), 203-210. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2010.08.003>
14. Misnaniarti. (2016). Pengaruh Faktor Suplai terhadap Utilisasi Rawat Inap oleh Peserta Jaminan Kesehatan Nasional Kelompok Lanjut Usia Tahun 2014. (Disertasi), Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
15. Trisnantoro, L., Hendartini, Y., Susilowati, T., Meliala, A., Kurniawan, M. F., & Putra, W. D. R. (2014). Skenario Pelaksanaan Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional: Apakah Ada Potensi Memburuknya Ketidakadilan Sosial di Sektor Kesehatan? (Studi Awal dalam Monitoring JKN di 12 Propinsi: Periode Monitoring I bulan Januari - Juni 2014). Yogyakarta: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan FK UGM.
16. WHO. (2011). Monitoring, Evaluation and Review of National Health Strategies: a Country-Led Platform for Information and Accountability. Geneva, Switzerland: World Health Organization & International Health Partnership.